

# Fragebogen „Schlucken“



Klinikum rechts der Isar



Technische Universität München



Liebe Patienten, wir bitten Sie, diesen Bogen auszufüllen, um unserer ärztlichen Sorgfaltspflicht Ihnen gegenüber nachkommen zu können.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geb.-Datum

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Tel. privat

\_\_\_\_\_  
Tel. Mobil

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Versicherung

bei Privatvers.: Beihilfeberechtigt?  ja  nein

Empfohlen durch \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_, Ort \_\_\_\_\_

HNO-Facharzt \_\_\_\_\_, Ort \_\_\_\_\_

- Seit wann haben Sie Schluckbeschwerden?

\_\_\_\_\_

- Wie äußern sich Ihre Schluckbeschwerden?

\_\_\_\_\_

- Haben die Beschwerden im Verlauf zugenommen?  ja  nein

- Kennen Sie die Ursache?  ja  nein

Wenn ja, welche? (z.B. Krebs mit Operationen, Bestrahlung/ Eintragung im Tumorregister 1. Seite)

\_\_\_\_\_

- Haben Sie Schwierigkeiten beim Schlucken von Speichel?  ja  nein

- Hat sich Ihre Stimme verändert?  ja  nein

- Hatten Sie bereits logopädische Therapie?  ja  nein

Falls ja, wann und wie lange? \_\_\_\_\_

- Aktuelles Gewicht: \_\_\_\_\_ Körpergröße: \_\_\_\_\_

- Hatten Sie Gewichtsverlust in den letzten 6 Monaten?  ja  nein

Wenn ja, wie viel? \_\_\_\_\_

- Haben Sie öfter erhöhte Temperatur oder Fieber?  ja  nein

- Haben/ hatten Sie eine Lungenentzündung oder Bronchitis?  ja  nein

- Haben Sie Sodbrennen oder saures Aufstoßen?  ja  nein

## Fragebogen „Schlucken“

- Haben Sie Missempfindungen?  
 Kratzen oder Brennen     Kloßgefühl oder Fremdkörpergefühl  
 Enge- oder Druckgefühl     Verschleimungsgefühl  
 Hustenreiz     Räusperzwang
- Haben Sie Allergien?     ja     nein  
Falls ja, gegen was? \_\_\_\_\_
- Rauchen Sie?     ja     nein  
Falls ja, wie viel? \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie Medikamente ein?     ja     nein  
Falls ja, welche?  
\_\_\_\_\_
- Haben Sie weitere Erkrankungen (z.B. Asthma, Diabetes, Bluthochdruck, Schilddrüsen-, Lungen-, Leber-, Nierenerkrankungen, Schlaganfall, Keim, Operationen)?  
\_\_\_\_\_
- Ernähren Sie sich normal?  
 ja     nein (bitte Zutreffendes ankreuzen):  
  
Feste Speisen:     ohne Probleme  
Verschlucken mit Husten:     Gelegentlich     Immer  
 Ich muss gegen einen Widerstand schlucken  
 Kann ich nicht beißen  
 Esse ich nicht, weil \_\_\_\_\_  
  
Breiige Nahrung:     ohne Probleme  
Verschlucken mit Husten:     Gelegentlich     Immer  
 Ich muss gegen einen Widerstand schlucken  
 Ich muss häufig Nachschlucken  
  
Flüssigkeit:     ohne Probleme  
Verschlucken mit Husten:     Gelegentlich     Immer
- Ernähren Sie sich nur über Magensonde (z.B. PEG)?     ja     nein  
Falls ja, seit wann? \_\_\_\_\_
- Kommt Ihnen Nahrung nach dem Essen wieder hoch?     ja     nein

# Schluckfragebogen EAT-10

NAME: \_\_\_\_\_

DATUM: \_\_\_\_\_

**Beantworten Sie jede Frage in dem Sie ein Kreuz in das passende Kästchen eintragen. In welchem Umfang haben Sie Erfahrung mit folgenden Problemen?**

Einteilung von „0 = kein Problem“ bis „4 = starkes Problem“

	0	1	2	3	4
1. Mein Schluckproblem führte zu Gewichtsverlust					
2. Mein Schluckproblem beeinträchtigt meine Möglichkeit, zum Essen auszugehen					
3. Das Schlucken von Flüssigkeit erfordert besondere Anstrengung					
4. Das Schlucken von fester Nahrung erfordert besondere Anstrengung					
5. Das Schlucken von Tabletten erfordert besondere Anstrengung					
6. Schlucken ist schmerzhaft					
7. Die Freude am Essen ist durch mein Schlucken beeinträchtigt					
8. Wenn ich schlucke, bleibt mir Nahrung im Hals stecken					
9. Ich huste, wenn ich esse					
10. Schlucken ist anstrengend					

Addieren Sie sämtliche Punktwerte der Fragen aus dem Screeningbogen und tragen Sie die Summe in das Kästchen ein:

Gesamt

## Empfehlung nach der Auswertung des Gesamtergebnisses

**3 oder mehr Punkte:** Möglicher Verlust der Kontrolle über die Dysphagie-Symptome, die therapiert werden können. Besprechen Sie diesen EAT-Fragebogen mit dem behandelnden Arzt.

**2 oder weniger Punkte:** Füllen Sie diesen Fragebogen erneut aus, wenn Sie eine Änderung der Dysphagiesymptome feststellen.

### Referenzliteratur:

Belafsky, P. C., Mouadeb, D. A., Rees, C. J., Pryor, J. C., Postma, G. N., Allen, J., & Leonard, R. J. (2008). Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *The Annals of otology, rhinology, and laryngology*, 117(12), 919–924.

Zaretsky, E., Steinbach-Hundt, S., Pluschinski, P., Grethel, I., & Hey, C. (2018). Validation of the German version of Eating Assessment Tool for head and neck cancer patients. *Laryngo- rhino- otologie*, 97(7), 480–486.